



Psicologia em Estudo

ISSN: 1413-7372

revpsi@uem.br

Universidade Estadual de Maringá

Brasil

Ocampo More, Carmen L. O.; Crepaldi, Maria Aparecida; Rodrigues Gonçalves, Jadete; Menezes, Marina

Contribuições do pensamento sistêmico à prática do psicólogo no contexto hospitalar

Psicologia em Estudo, vol. 14, núm. 3, julio-septiembre, 2009, pp. 465-473

Universidade Estadual de Maringá

Maringá, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287122125007>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

 redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## **CONTRIBUIÇÕES DO PENSAMENTO SISTÊMICO À PRÁTICA DO PSICÓLOGO NO CONTEXTO HOSPITALAR**

Carmen L. O. Ocampo More\*  
Maria Aparecida Crepaldi#  
Jadete Rodrigues Gonçalves||  
Marina Menezes<sup>oo</sup>

**RESUMO.** O presente artigo visa apresentar contribuições do pensamento sistêmico ao trabalho do psicólogo na instituição hospitalar, sendo esta entendida como um sistema aberto, dinâmico, complexo e imprevisível no seu cotidiano, constituindo-se num grande contexto gerador de significados, que constantemente está afetando à conversação terapêutica. Após breve resgate histórico das conquistas, contradições, avanços e pressupostos epistemológicos da escuta psicológica no hospital, apresenta-se a análise dos diferentes contextos que o conformam, visando resgatar as peculiaridades das metáforas que afetam decisivamente a intervenção psicológica, determinando os rumos das ações. As metáforas, enquanto fortes simbologias presentes na dinâmica hospitalar, constituem-se como elementos necessários de análise, para organizar e tornar mais estratégica a atuação e melhor sustentar os diálogos interdisciplinares. Se não estiver atento a isto, o psicólogo corre o risco de se tornar em mero executante da queixa e das ordens implícitas dos encaminhadores, sustentado assim ações fragmentadas e preconceitos relacionados ao paciente, à equipe de saúde e ao contexto.

**Palavras-chave:** Psicologia hospitalar, pensamento sistêmico, intervenção psicológica.

## **CONTRIBUTIONS OF SYSTEMIC THINKING TO THE WORK OF PSYCHOLOGIST IN THE HOSPITAL CONTEXT**

**ABSTRACT.** This article aims to make contributions of systemic thinking to the work of psychologist in the hospital, being perceived as an open system, dynamic, complex and unpredictable in his daily work, establishing a large generator context of meanings, which are constantly affecting the talk therapy. After brief history of redemption achievements, contradictions, advances and epistemological assumptions of psychological listening in the hospital, it presents the analysis of different contexts of our program, targeting to recover the peculiarities of the metaphors that affect decisively the psychological intervention, determining the course of actions. Metaphors, as a strong symbolic meaning, present in the hospital dynamics, are necessary elements of analysis, to organize and become a more strategic role, and better support the interdisciplinary dialogues. If the psychologist is not aware about this, he will be at risk of becoming a mere agent of the complaint and the implicit orders of routers, sustaining, in this way, fragmented actions and prejudice related to the patient, the healthcare team and the context.

**Key words:** Hospital Psychology, systemic thinking, psychological intervention.

## **CONTRIBUICIONES DEL PENSAMIENTO SISTÉMICO PARA LA PRÁCTICA DE PSICÓLOGO EN LA INSTITUCIÓN HOSPITALAR**

**RESUMEN.** El presente artículo presenta las contribuciones del pensamiento sistémico para el trabajo de psicólogo en la institución hospitalar. Se considera esta última como un sistema abierto que se presenta dinámico, complejo e imprevisible en su cotidiano, constituyéndose en un gran contexto generador de significados, que constantemente está afectando a la

\* Doutora em Psicologia Clínica. Laboratório de Psicologia da Saúde, Família e Comunidade. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Docente da Universidade Federal de Santa Catarina.

# Doutora em Saúde Mental. Laboratório de Psicologia da Saúde, Família e Comunidade. Programa de Pós-Graduação de Psicologia em Psicologia. Docente da Universidade Federal de Santa Catarina.

|| Doutora em Enfermagem. Laboratório de Psicologia da Saúde, Família e Comunidade. Docente do Departamento de Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina

<sup>oo</sup> Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Docente da Univali/SC.

conversación terapéutica. Después de una breve síntesis histórica de las conquistas, contradicciones y desenvolvimientos y marcos epistemológicos de la escucha psicológica en el hospital, se presenta un análisis de los diferentes contextos que constituyen el mismo, con el objetivo de rescatar las peculiaridades de las metáforas presentes y que afectan decisivamente la intervención psicológica determinando los rumbos de las acciones. Las metáforas, en cuanto fuerte simbología presente en la dinámica hospitalar, se constituyen en elementos necesarios de análisis, sea para organizar y tornar más estratégica la actuación, como para mejor sustentar diálogos interdisciplinares. Si no se está atento a esto, el psicólogo corre el peligro de se tornar un simple ejecutante de la demanda y de los órdenes implícitos de los que envían los pacientes, sustentando así, acciones fragmentadas y preconceptos, relacionados al paciente, a la familia, al equipo de salud y al contexto.

**Palabras-clave:** Psicología hospitalar, pensamiento sistémico, intervención psicológica.

A Psicologia Hospitalar no Brasil, enquanto área de conhecimento, reconhecida tanto em termos de prática como de produção científica efetiva, inicia-se na década de 50, tendo como referência o trabalho pioneiro das professoras Mathilde Neder, Aidyl M. de Queiroz Péres Ramos, Tereza Pontual de Lemos Mettel e Célia Lana da Costa Zanon, entre outras. Destaca-se aqui o trajeto histórico de conquistas que a Psicologia foi logrando no contexto hospitalar e o trabalho de suas pioneiras, que souberam catalisar suas experiências através de uma expressiva produção de conhecimento que visava, principalmente, dar sustentação teórico-científica para a escuta das demandas que foram se desenhando para a Psicologia, enquanto ciência e profissão, na instituição hospitalar.

Este campo de atuação exigiu do profissional uma revisão de seus referenciais de atuação decorrentes da formação acadêmica tradicional, nitidamente ancorada no modelo clínico-terapêutico que privilegia o exercício da profissão nos espaços privados (Giannotti, 1995; Yamamoto & Cunha, 1998; Chiatone, 2002; Moré, 2006;). Nesse sentido, Angerami-Camon (1995) ressalta que as discussões sobre a inserção da Psicologia na realidade institucional foram essenciais para a reestruturação da formação acadêmica do psicólogo, no sentido de que essa formação contemplasse os requisitos teóricos e técnicos necessários para sustentar processos de intervenção contextualizados.

Em termos históricos, a prática do psicólogo no campo da saúde, mais especificamente em instituições hospitalares, recebeu a influência decisiva do modelo de pensamento biológico (Chiatone, 2002), o qual se ancora nos parâmetros epistemológicos que sustentam a ciência tradicional e consequentemente a postura do profissional ante o processo saúde-doença. A este respeito Calatayud (1991) ressalta também que a vinculação histórica da Psicologia com a Medicina, na busca de explicações para as doenças mentais e psicossomáticas, implicou numa prática muito mais centrada na doença/patologia do que na saúde. A influência desse modelo biomédico, em que está presente a visão cindida do processo corpo-mente,

reforçou as práticas voltadas ao indivíduo psicológico ou biológico (Sebastiani & Maia, 2005). Por sua vez, a transposição para o espaço público de um modelo clínico psicológico cuja prática se dava em âmbito privado afetou diretamente a sua eficiência no que se refere à intervenção (More, 2001; Chiatone, 2002).

Assim, no hospital o psicólogo deparou-se com a necessidade de desenvolver habilidades que permitissem o trabalho em equipe, visto que sua prática efetiva ocorria de forma individualizada. Nessa nova realidade de trabalho, o psicólogo e os demais componentes da equipe experimentaram no seu cotidiano limitações profissionais e entenderam que os colegas de outras formações poderiam fornecer respaldo fundamental para a melhor compreensão do processo de intervenção neste contexto (Tonetto & Gomes, 2007). Nessa mesma direção, Crepaldi (1999) aponta que os profissionais, à medida que se tornaram conscientes de que possuíam limites técnicos ou pessoais para enfrentar certos obstáculos, passaram a solicitar a ajuda da equipe de trabalho, o que transformou a resolução do problema e o enfrentamento da imprevisibilidade do processo saúde-doença em uma tarefa de equipe.

Isto gerou as bases para a construção da “tarefa multidisciplinar”, que, para Giannotti (1995), consiste na ação de profissionais de diversas áreas, agregados em equipes de saúde, objetivando de forma comum o estudo das interações “somatopsicossociais” e de métodos que possibilitem uma prática integradora focada na totalidade dos aspectos relacionados à saúde e à doença. Essa tarefa passou a ser um desafio concreto para a formação e para a intervenção do psicólogo na área hospitalar, pois ele teve que desenvolver uma compreensão do seu papel no campo multidisciplinar para assim adotar uma postura interdisciplinar. Esta, por sua vez, implicava no desenvolvimento de uma postura de aceitação e incorporação da diversidade presente nos diferentes saberes em benefício do melhor acolhimento do processo de saúde-doença dos envolvidos.

A este respeito Angerami-Camon (2004) afirma que, apesar das dificuldades e até das contradições

presentes na prática hospitalar, esse processo de tentativa de adequação do psicólogo ao contexto hospitalar serviu de sustento real para gerar as condições necessárias à construção dos elementos teóricos para a sedimentação dessa prática. Isso permitiu a emergência do que se pretende na atualidade: a integração entre a prática profissional, a formação do psicólogo e a pesquisa (Chiatrone, 2002; Crepaldi, Rabuske, & Gabarra, 2006; Tonetto & Gomes, 2007).

O modelo biopsicossocial de compreensão do fenômeno saúde-doença, que se desenhou como tentativa de superar o modelo biomédico, pretendeu oferecer a possibilidade de uma compreensão mais integrada das representações e da experiência de saúde-doença, refutando os pensamentos dualistas e reducionistas (Czeresnia, 2004). O psicólogo hospitalar foi então sendo influenciado pelas novas realidades que a prática profissional lhe impôs, ou seja, a necessidade de reconhecer a importância da revitalização e ressignificação de parâmetros teóricos e técnicos que permitam uma melhor articulação do seu fazer e eficiência nas intervenções.

Esse cenário atual de desenvolvimento da Psicologia Hospitalar coaduna-se com Silva (1992), que aponta a necessidade constante do exercício do psicólogo de reaprender com suas experiências profissionais, reintegrando seus saberes através da permanente investigação sobre eles. Essa atitude vem ao encontro das reflexões do presente artigo, que situará o psicólogo como profissional da saúde cujo objetivo de intervenção é trabalhar o impacto da situação hospitalar e do processo da doença visando potencializar os recursos emocionais da pessoa, de sua família e de sua rede social significativa, em favor da promoção da saúde no seu sentido mais amplo e integral, num diálogo constante com todos os integrantes de uma equipe.

Tendo como pano de fundo o breve resgate histórico da construção do campo da Psicologia Hospitalar, que evidencia desafios e a constante busca pela qualificação profissional, o objetivo deste trabalho foi trazer o aporte das contribuições do pensamento sistêmico para pensar a prática do psicólogo no contexto hospitalar, na procura de uma escuta qualificada das suas demandas. O intuito é contribuir com esse campo do conhecimento, evidenciando possibilidades de compreensão e de ação desde o olhar sistêmico, para subsidiar, nesse contexto, conversações e/ou diálogos de sentido e significado comuns a todos os envolvidos numa situação de intervenção.

## **PRESSUPOSTOS EPISTEMOLÓGICOS PRESENTES NO CONTEXTO HOSPITALAR: A IMPORTÂNCIA DE SEU RECONHECIMENTO NAS AÇÕES DE INTERVENÇÃO**

Apontou-se acima a forte presença do modelo biomédico, presente no hospital. Tal modelo se ancora nos pressupostos epistemológicos da ciência tradicional da: a) simplicidade, b) estabilidade e ou previsibilidade e c) objetividade. A sustentação desses pressupostos na prática hospitalar se evidencia através de práticas direcionadas ao paciente e à doença, desconsiderando, na maioria das vezes, dados do contexto da instituição, como as relações interpessoais nas quais se insere o paciente. Na tentativa de superar os pressupostos acima, estes passam a ser revistos a partir das dimensões tais como: a) complexidade (Morin, 1996), b) instabilidade e/ou imprevisibilidade e c) intersubjetividade, dimensões que se constituem em pilares epistemológicos do que Vasconcellos (1995) denomina de posição novoparadigmática no campo das ciências.

Está implícita nessa posição uma proposta de integração da visão científica do mundo, no sentido de superar a fragmentação ou compartimentação da ciência tradicional, não se desconsiderando em nenhum momento os avanços da ciência em suas diferentes épocas. Cabe lembrar que a passagem para um pensamento que contemple a dimensão da complexidade não implica apenas uma mudança de paradigmas, mas representa uma transformação global da forma de experimentar o mundo, de coconstruí-lo nas interações, de produzir e validar conhecimento (Najmanovich, 2002).

Segundo Vasconcelos (2002), o pressuposto da complexidade implica uma atitude de contextualização dos fenômenos e o reconhecimento da causalidade recursiva. Ampliando o foco de atenção “(...) o observador pode perceber em que circunstâncias o fenômeno acontece, verá relações intrassistêmicas e intersistêmicas, verá não mais um fenômeno, mas uma teia de fenômenos recursivamente interligados (...)” (p.151). Assim, contextualizar o objeto em estudo significa tirar o foco de um único elemento e colocá-lo nas interações de todos os elementos envolvidos.

Especificamente no campo da Psicologia Hospitalar, esta postura de ampliar o foco da atenção quando se planeja e se reflete sobre uma ação de intervenção implica sustentar a postura do olhar da “clínica ampliada”, incluindo dados contextuais e que vão além do paciente e de sua doença e ou sua queixa. Quando se concorda com este olhar se está concomitantemente aceitando a realidade hospitalar como multifacetada e complexa. Com relação a isto,

Vasconcelos (1995, p.69) aponta uma metáfora elucidativa sobre a realidade, quando afirma que “um só projetor não poderia iluminá-la em sua totalidade”. Consequentemente, os conceitos de multiprofissionalidade e de interdisciplinaridade sobressaem como elementos-chave para sustentar práticas sob a perspectiva da complexidade. Associa-se também a isto outro pressuposto da epistemologia sistêmica, que tem como proposta substituirmos nossa forma de “pensar disjuntivamente (“ou-ou”) por um pensamento integrador (“e-e”), que não seja unificador nem redutor das diferenças, mas que procure as formas de articulação dessas diferenças” (Vasconcelos, 1995, p.14).

Cabe aqui citar Minayo (2006), para quem o pensamento sistêmico é ainda incipiente nos estudos em saúde coletiva, por desconhecimento de que não é sinônimo de teorias funcionalistas que utilizam a metáfora do “organismo biológico” para representar todas as possibilidades de construção do mundo. “Ele traz, ao contrário, a possibilidade de ter um olhar mais abrangente e complexo que atravessa as interconexões entre o biológico, o social e o ambiental” (p.138).

Assim, o pensamento sistêmico oferece importantes contribuições para a área da saúde, pois a compreensão da complexidade dos seres vivos e de suas relações em contextos precisa ser levada em conta na produção da saúde humana. A partir do reconhecimento de que as ações em saúde, independentemente do nível em que elas aconteçam, precisam ser contextualizadas e olhadas na perspectiva da integralidade, exigem-se novas metodologias de abordagem para se poder contemplar a articulação entre os componentes da saúde na sua concepção ampliada, as questões sociais e o meio ambiente (Moré et al., 2007).

A procura pela coerência e significado da intervenção do psicólogo no contexto hospitalar também tem como substrato um dos pilares atuais no campo da saúde a “humanização do atendimento”, que fundamenta a adoção de um “processo de acolhimento” em que a confirmação do outro na sua alteridade é uma constante a ser construída no embate diário do cotidiano hospitalar, sob a luz da ética e da vincularidade.

Como exemplo dessa prática podem-se citar: a importância de chamar as pessoas pelo nome; fornecer informações apropriadas para cada tipo de intervenção; evitar visitas médicas ao leito que lesam a privacidade das pessoas, o que inclui a exposição e apalpação desnecessária do corpo, sobretudo nas instituições de ensino; evitar o uso de diminutivos que infantilizam as pessoas doentes e hospitalizadas;

proteger sua integridade física e emocional durante procedimentos dolorosos e invasivos.

Nesse sentido, ressalta-se que proceder à revisão e compreensão de parâmetros de atuação sob o olhar da complexidade implica necessariamente, para o profissional, significar e adaptar sua prática a fim de propiciar uma escuta contextualizada, cujo pressuposto, segundo (Moré, 2006), respalda-se na necessidade de compreender o *contexto* como um campo de possibilidades de sentido e significação das nossas práticas, e *escuta* como a capacidade de considerar o outro “(...) na sua alteridade, independente do lugar (...)”(Moré, 2006, p.22). Assim, desenvolver a posição de *escuta contextualizada*, que considera e “pensa” os seres humanos em contextos (Moré, Crepaldi, Queiróz, Wendt, & Cardoso, 2004), permite o desenvolvimento da postura da clínica ampliada, entendida como uma leitura da realidade que implica, necessariamente, a presença de saberes que vão além daqueles que guiam tradicionalmente a formação do psicólogo e a busca constante do protagonismo de todos os envolvidos numa situação de intervenção.

### O PENSAMENTO SISTÊMICO E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A INTERVENÇÃO CLÍNICA NO HOSPITAL

O pensamento sistêmico, segundo Grandesso, (2000) e Vasconcelos (1995), dentro do campo das psicoterapias, propõe uma mudança de foco das teorias que sustentam a clínica enquanto prática: **do indivíduo para os sistemas humanos**, portanto, do intrapsíquico para o inter-relacional. Com relação a isto Grandesso (2000, p.116) afirma:

A grande virada, ao se enfatizar os problemas como sistêmicos foi a ênfase nos contextos e na postulação de uma causalidade circular para os fenômenos, favorecendo uma abertura do campo da psicoterapia para uma espécie de interdisciplinaridade, ampliando as fronteiras para a compreensão da pessoa humana para além do psicológico.

Assim, a intervenção sistêmica entende o sujeito dentro de um contexto interacional ou interpessoal, de modo que os sintomas que este possa desenvolver sejam vistos como o resultado de suas inter-relações dentro dos sistemas dos quais ele faz parte. Este olhar difere do modelo médico e até dos modelos psicodinâmicos tradicionais, nos quais o *locus* do sintoma é o indivíduo, seja pela sua biologia,

bioquímica ou genética, no primeiro modelo, seja pelo seu desenvolvimento intrapsíquico, nos segundos.

Nesse sentido, Foester (1996) e Grandesso (2000) nos chamam a atenção para o fato de que, diante da impossibilidade de se ter acesso a uma realidade objetiva e na medida em que o profissional faz parte dela como um integrante a mais, o sistema de intervenção passou a ser caracterizado como um sistema observante, portanto se constitui num sistema único e seu desenvolvimento estará sujeito às possibilidades e limitações de todos os seus participantes.

Ancorada nessa visão, Grandesso (2000, p.133) afirma: “o papel do terapeuta, desmistificado como *expert*, assume a característica de um facilitador, cujo conhecimento, como qualquer outro conhecimento, é livre de um *status privilegiado*”.

Por sua vez, aponta-se que a conversação terapêutica, base principal da atuação do psicólogo enquanto profissional, é sustentada pelas organizações-sistemas ou instituições nas quais estão ou fazem parte e que, em certa medida, determinam ou contextualizam as conversações que se podem ter. Neste contexto, a conversação terapêutica a partir do olhar sistêmico implica na busca e exploração, através do diálogo, de um intercâmbio de ideias, no qual se desenvolvam continuamente novos significados, por meio da inclusão das diferentes perspectivas que convergem num processo de intervenção (Grandesso, 2000).

No tocante a isto, Suares (1996), fazendo referência direta à perspectiva de Pearce, que se ancora na Teoria da Comunicação (1996), chama a atenção, também, para certas características presentes nas conversações dentro das organizações:

as organizações a que pertencemos determinam que conversações podemos ter (...) Todas as organizações têm uma história que conta de si mesmas. Para conhecer a coerência das mesmas, devemos atender às metáforas que utilizam para falar de si mesmas e ao vocabulário que empregam. (p.134).

Ressalta-se que a fonte de análise e guia de ação do terapeuta, na perspectiva sistêmica, serão os enlaces circulares e a recursividade presentes nos padrões de interação. Isto implica dizer que no campo de intervenção terapêutica os processos interativos serão considerados e se retroalimentam. Assim a intervenção psicológica em uma ponta da teia interativa acarretará uma reverberação no polo oposto, e assim sucessivamente.

Desse modo, a intervenção sistêmica chama a atenção para aspectos que vão além do paciente e sua doença, incluindo assim a família e/ou rede social significativa, a diversidade dos outros saberes, dados da equipe e do contexto tanto hospitalar como do sistema mais ampliado de saúde do qual essa instituição faz parte. Considera-se que, em conjunto, as inferências desta perspectiva de análise, por um lado terão um impacto direto na compreensão da queixa, e por outro, serão estratégicas, na medida em que poderão evidenciar as possibilidades de atuação do psicólogo no processo de intervenção.

#### A INSTITUIÇÃO HOSPITALAR ENQUANTO SISTEMA ABERTO E CONTEXTO GERADOR DE SIGNIFICADOS.

Considera-se a instituição hospitalar um sistema aberto, na medida em que está em constante troca com outros sistemas externos a ele, constituídos por um conjunto de subsistemas também abertos, que possuem peculiaridades de significados e que, em seu conjunto, conformam o contexto hospitalar.

A palavra contexto, enquanto conceito, neste trabalho alude a seu potencial de significação para além da visão ambiental ou física. Pearce (1996, p.180) faz uma afirmação importante para incrementar esta ideia quando diz que “(...) nada tem sentido ou significação fora do contexto”. Segundo ele, todo contexto tem uma “força contextual” [aquele força prefigurada (existente) pelo contexto vigente] e a “força implicativa” (o que uma ação realizada implica para o contexto vigente).

Com relação a essas “forças”, faz duas perguntas interessantes: 1. *Quais são as forças contextuais que prefiguram ações que reproduzem contextos?* - ou seja, questiona-se aqui a potencialidade das ações que sustentam e reproduzem o que se faz num contexto; e 2. *Quais os tipos de ações são suficientemente diferentes da força contextual e suficientemente inapropriadas para o contexto, para ter a força implicativa que origine uma mudança no mesmo?*

Ao pensar a intervenção psicológica no âmbito hospitalar, estes questionamentos nos fazem defrontar com a necessária reflexão epistemológica sobre o alcance da prática do psicólogo, principalmente no que diz respeito a seus objetivos no hospital. Isto implica afirmar que, se o profissional aceitar a *força contextual* sem uma reflexão ou a formação necessária para sua compreensão, pode reproduzir práticas ancoradas em modelos tradicionais que sustentam e legitimam o modelo biomédico no seu aspecto mais prejudicial para o paciente, as quais, como largamente

evidencia a literatura, significam a dicotomização corpo-mente, tendo como consequência direta a fragmentação das ações de saúde. Um exemplo disto é o questionamento de um residente da emergência de um grande hospital público, para seu *Staff*, por ocasião do atendimento de uma mulher que apresentava uma contusão na região lombar. Alegando a possibilidade de ter sofrido algum tipo de agressão física, e não “acidente”, conforme ela mesma havia lhe relatado, indagou sobre a “*conduta a tomar*”. Para tal pergunta o médico respondeu que ele estava ali para “*atender a contusão*” da mulher e não para levantar hipóteses sobre sua origem, e que seu trabalho já estava feito.

Por outro lado, se o profissional aceitar a construção da “força implicativa” pode intervir como agente facilitador e promotor da saúde, na perspectiva do princípio da humanização e integralidade das ações da saúde, no sentido de oferecer, no exemplo acima mencionado, uma escuta para a queixa implícita, ou seja, o ato violento ao qual provavelmente foi submetida. Isto deixa em evidência a complexidade desta última ação, porquanto para isto precisará estar atento à dinâmica relacional entre paciente, família e equipe de saúde, sustentada pela força contextual da instituição hospitalar, pois esta afetará decisivamente sua atuação. Cabe apontar que o termo “força” é compreendido aqui como um conjunto de ações que se caracterizam por exigir ajustamentos emocionais e comportamentais de todas as pessoas envolvidas no cotidiano hospitalar, variando de acordo com os subsistemas em que a ação aconteça.

### O HOSPITAL E SUAS METÁFORAS CONTEXTUAIS.

Quando se analisa o conjunto de possibilidades de atuação que acontecem na instituição hospitalar, sobre o qual se assenta a intervenção psicológica, observam-se características peculiares que fazem parte de sua força contextual, determinando o rumo das ações, e que permeiam subliminarmente todos os subsistemas que a compõem.

Assim, este contexto comporta o processo saúde-doença na sua totalidade, “*da vida até a morte*”, sendo esta última frase a grande metáfora que sustenta em intensidade a vivência da alegria e da dor humana em toda a sua gama de possibilidades. Diante disto, os profissionais e/ou pessoas envolvidas que ali trabalham necessitam desenvolver os mais variados mecanismos de defesa, tanto para lidar com o impacto das consequências desse processo como para preservar sua objetividade. Isto fica evidente no trabalho de Gonçalves, (2007) através do depoimento de um

profissional de saúde: “*Procuro não me apegar muito porque eu sou uma pessoa extremamente sensível e eu sofro demais com as coisas, então se não me apegar eu vou estar me poupando, vou tratar bem, vou tratar com todo carinho, mas vou fazer esforço de não me apegar*”. Ou ainda quando esses profissionais verbalizam: “*Porque se tu estabeleces o vínculo afetivo e depois não sabes o que vai dar no outro lado, que seja de perda... tu realmente não consegues mais levantar*”.

Por outro lado, todos os atores envolvidos numa demanda hospitalar estão expostos ao **fenômeno da impotência versus possibilidades** (Moré, 2006). Dessa forma, muitas experiências cotidianas desse contexto vão contribuindo para que os profissionais se sintam desacreditados e percam a confiança em sua capacidade de trabalho, como no exemplo acerca de marcação de exames: “*Não consegue marcar, não consegue marcar! Então, essa equipe só pode ficar se sentindo desacreditada. O que ela vai fazer com o paciente ali na frente? Vai marcar uma tomografia pra saber que não vai conseguir marcar, vai marcar pra daqui a dois, três meses. Bom, o tumor já invadiu, já matou!*”.

Assim, os profissionais e/ou pessoas envolvidas numa ação de saúde, quando emocionalmente subjugados à força contextual, perdem sua capacidade de estranhamento ou de reflexão a respeito das suas ações, o que os leva a progressivamente naturalizá-las, sustentando a premissa imobilizadora: “*as coisas são assim, pois fazem parte do sistema*”. Neste sentido, Gonçalves e Ramos (2008) referem o sofrimento dos profissionais no contexto hospitalar, mostrando que muitas vezes nem identificam o crescente grau de amargura e tristeza ou as implicações destas em sua saúde. A forma insidiosa como vão se instalando e se “naturalizando” esses sentimentos parece tornar o trabalhador incapaz de identificar seus limites.

Por outro lado, pode acontecer que os profissionais e/ou pessoas envolvidas enfrentem essas forças contextuais e busquem constantemente possibilidades de construir a força implicativa para gerar outras condições para o processo saúde-doença. A consequência disto é que, sem uma reflexão atenta, essa busca por outras condições gera exaustão nos envolvidos, por não conseguirem sustentá-las, pois afrontam o que Pearce (1996) denomina de *dinâmica da força contextual*, a qual resiste às mudanças que a força implicativa possa vir a provocar. Isto pode ser observado em situações em que a organização do trabalho atua diretamente no sofrimento dos trabalhadores, em uma dinâmica invisível, sem que se consiga eleger um “responsável”. Atua como uma ansiedade difusa, que invalida o sujeito, por não poder entender o significado,

não identificar o objeto, a causa, o sentido desse sofrimento. Isto é bem exemplificado no depoimento a seguir, apresentado no trabalho de Gonçalves (2007): *“Ao mesmo tempo tem coisas que não funcionam. E a gente não consegue ver o que não dá certo, o que puxa pra trás, o que faz sofrer, o que é pesado, o que é ruim. É uma coisa invisível e é horrível, é como um fantasma!”*

Diante destas peculiaridades do contexto hospitalar em si, às quais se somam outras dos demais subsistemas que o conformam, constituindo uma trama complexa e difícil, os profissionais e/ou pessoas envolvidas têm que estar atentos para não perder a sua capacidade de estranhamento, de surpresa, de questionamento e reflexão sobre suas ações. O desenvolvimento destas capacidades é um ingrediente fundamental para o profissional não ser absorvido pela força contextual hospitalar.

No que diz respeito às possibilidades de análises de significações próprias de um subsistema que conforma o hospital, destaca-se aqui, a título de exemplo, o setor das **clínicas médicas**. Observa-se que as clínicas médicas têm especificidades diferentes de uma clínica cirúrgica, de uma unidade de terapia intensiva, por exemplo. Essas peculiaridades têm ressonância direta na dinâmica relacional e comunicacional que neles acontece, afetando diretamente o sentido e significação da intervenção psicológica, e por consequência, sua eficiência.

Considera-se que a metáfora que melhor define a dinâmica relacional e comunicacional das clínicas médicas é: **“Lugar de espera dos sinais da saúde ou da doença”**. Todas as ações da equipe de saúde neste contexto estão dirigidas, essencialmente, para pacientes internados, cujas características principais do adoecer são: a) a indefinição do diagnóstico sobre a doença, quando este ainda não foi estabelecido e b) as crises das doenças crônicas, que requerem uma estabilização dos sintomas. Para ambas as características, a equipe precisa ir regulando a proposta terapêutica a partir dos sinais que o corpo dá, seja de recuperação seja de descompensação. Isto cria um contexto simbólico-significativo em que respostas concretas da equipe sobre a evolução das doenças estão subjugadas à recuperação do corpo à luz das terapêuticas propostas. Por sua vez, isto faz também com que os diálogos ou comunicações sobre a saúde e evolução de um paciente se tornem indefinidos até se terem indicadores mais concretos, gerando uma *trama comunicacional ambivalente* à qual todos os envolvidos estão sujeitos. Isto fica evidente quando a família solicita veementemente à equipe respostas concisas sobre o diagnóstico de algum paciente, e diante da falta de respostas objetivas, acredita estar sendo “negligenciada” ou que a equipe está “boicotando informações”. Ter conhecimento disto para intervir na perspectiva da clínica ampliada é estratégico para o planejamento de ações.

Ao pensar numa **unidade de terapia intensiva**, (UTI) a metáfora que melhor se aproxima de sua realidade é: **“ponte entre a vida e a morte”**. (Niewegloski & Moré, 2008). Esta metáfora sustenta tal contexto em seus aspectos comunicacionais e emocionais, e a UTI deixa de ser apenas um local que fornece cuidados intensivos para se transformar em um local “gerador de significados” (Moré & Macedo, 2006). Este significado se sustenta pela tensão, angústia e estresse sempre presentes, afetando decisivamente, de forma subliminar, o processo interacional e comunicacional que ali acontece.

Assim, observa-se que cada subsistema que conforma a instituição hospitalar possui uma simbologia única que pode ser traduzido em uma metáfora a ser desvendada pelo profissional, visto que ela poderá subjuguar todas as ações e comunicações, determinando efetivamente os rumos das intervenções. Portanto, considera-se que trazer à tona peculiaridades simbólicas presentes nos diferentes contextos que permeiam o cotidiano hospitalar se constitui uma tarefa estratégica da escuta clínica do profissional da Psicologia.

## O CAMPO DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA ENQUANTO SUBSISTEMA ABERTO.

Indo ao encontro das ideias de Foester (1996), Grandesso (2000) e Vasconcellos, (2005), concebe-se o **campo da intervenção psicológica** no hospital como um sistema observante do qual o profissional faz parte, como um membro que influencia e, por sua vez, é influenciado pelos elementos que o constituem. Nele convergem outros dois subsistemas, um constituído pelo paciente/família e/ou rede significativa, e o outro, pelos integrantes da equipe de saúde, sendo que ambos se caracterizam por terem peculiaridades específicas que se conjugam entre si, fazendo parte da trama contextual de significados ali presentes.

No que diz respeito ao subsistema **paciente e a família e/ou rede significativa de apoio**, destacam-se três peculiaridades que se devem ter em conta em qualquer proposta de intervenção:

1. Diz respeito à situação de *dependência: física, psíquica e sócio/econômica*, às quais seus integrantes estão sujeitos, pois a doença os fragiliza, na medida em que se trata de um corpo que precisa ser atendido, de uma psiquê impactada pela necessidade de acionamento dos mecanismos de enfrentamento sociocognitivos e emocionais de forma inesperada. Há danos psicossociais, já que a situação impõe ruptura, ainda que temporária, de vínculos afetivos; danos econômicos, que emergiram de maneira imprevista, afetando

diretamente a qualidade de vida também, da rede familiar.

2. Perda da sua *identidade pessoal para admissão de uma identidade institucional*: o sujeito transforma-se em um paciente, ou seja, aquele que espera pacientemente pelo destino que lhe será dado; uma doença; um número de leito; um prontuário - o que ocorre como consequência do item anterior, exigindo um grande esforço de adaptação e acomodação.
3. *Medo do desconhecido*, que leva as pessoas implicadas à busca constante de respostas e, na mesma proporção da busca, o temor a tais respostas, revelando a ambivalência constante.

Considera-se que o conhecimento destes aspectos se constitui em um elemento-chave que deve guiar as ações do profissional, tal qual enlaces circulares, como apontado por Grandesso (2000), para melhor acolhê-las na sua dimensão simbólico-significativa e então integrá-las a outras significações presentes no contexto, com o objetivo de construir ações que façam sentido a todos os seus integrantes.

Por sua vez, o subsistema constituído pelos integrantes da **equipe de saúde** se caracteriza pela progressiva inclusão de novos profissionais, decorrente do avanço do conhecimento científico em todas as áreas do saber que foram se somando para melhor acolher o paciente e sua família. Assim as equipes hoje se caracterizam por serem polifônicas, ou seja, múltiplas vozes somam-se para pensar saúde em seu sentido mais amplo. Os desafios para que uma equipe de saúde abrace esta lógica de trabalho são inúmeros, podendo se destacar, à luz do pensamento sistêmico, três que são fundamentais: 1. o conhecimento e desenvolvimento do processo de trabalho na perspectiva da *integralidade* das ações de saúde; 2. gerar condições para ações de saúde que impliquem a *humanização*, para dar protagonismo a todos os envolvidos, com efetivo reconhecimento do “outro” como um coconstrutor do que é realizado no hospital; e 3. a adoção da postura *interdisciplinar*, promovendo ações que se ancorem na condição de aceitação das diferenças dos saberes que se conjugam numa equipe.

Entende-se que a superação dos desafios, para a equipe de saúde, passa necessariamente pela reavaliação do processo de formação dos futuros profissionais, para melhor adequação às realidades atuais da organização hospitalar, e pela criação constante de espaços de capacitação e/ou reflexão sobre a prática daqueles que atuam na perspectiva da ética pessoal e profissional de todos os envolvidos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso histórico da psicologia na instituição hospitalar deixou em tela a busca por uma prática que atendesse às demandas que se impuseram para o profissional da Psicologia. Esta busca gerou um processo constante de ressignificação dos saberes à luz de parâmetros teórico-metodológicos que melhor sustentassem sua posição profissional enquanto membro efetivo da equipe de saúde. Da perspectiva dos pressupostos da posição científica novoparadigmática e das contribuições do pensamento sistêmico, considera-se que a intervenção psicológica na instituição hospitalar está sustentada, necessariamente, em bases ético-epistemológicas que guiam a atuação do profissional. Estas representam a aceitação de uma postura de busca de sentido e coerência das ações, assim como a busca de um significado comum entre todos os envolvidos numa ação de saúde. Por sua vez, essas bases adquirem sua significação própria e única à luz da análise dos diferentes contextos que se afetam mutuamente e dinamicamente se conjugam por ocasião da intervenção do psicólogo.

Entende-se que desconsiderar as vozes dos diferentes subsistemas envolvidos, das significações neles presentes e de seu impacto no paciente e família pode transformar o psicólogo num mero executante de encaminhadores ou remetentes. Este pode também ver-se submetido às mensagens presentes na força contextual hospitalar que sustentam a doença, ou a juízos negativos de valor que bloqueiam a efetiva promoção da saúde e, como consequência, a qualidade de vida das pessoas.

Assim, o objetivo das considerações sobre a prática do psicólogo no hospital à luz do pensamento sistêmico apresentadas neste artigo é auxiliar no campo da intervenção psicológica no contexto hospitalar através da possibilidade concreta de gerar condições para todos os envolvidos no problema-queixa ou situação de atendimento de serem coconstrutores ou copartícipes das ações que contemplam: a) os princípios da humanização, integralidade e interdisciplinaridade; b) a necessária aceitação da polifonia de saberes que se conjugam numa equipe; c) a superação do olhar centrado no indivíduo e na doença, através do desenvolvimento da postura da clínica ampliada, d) a busca do empoderamento dos envolvidos para melhor enfrentar as situações implicadas no hospital, através de uma escuta psicológica estratégica e contextualizada, e) a busca da promoção da saúde tanto na instituição hospitalar como fora e além dela.

## REFERÊNCIAS

- Angerami-Camon, V. A. (1995). O psicólogo no hospital. Em: V. A. Angerami-Camon (Org.), F. A. R. Trucharte, R. B. Knijnick, & R. W. Sebastiani. *Psicologia Hospitalar: teoria e prática 2ª ed.* (pp. 14-28). São Paulo: Pioneira.
- Angerami-Camon, V.A. (2004). *Tendências em psicologia hospitalar.* São Paulo: Pioniera Thomson Learning.
- Calatayud, F.J.M. (1991). La promoción de salud como problema de la psicología en la atención primaria. *Rev. Cubana Med. Gen. Integral.* 7(4): 362-370.
- Chiattoni, H.B.de C. (2002). A significação da psicologia no contexto hospitalar. Em: Angerami-Camon, V.A. (Org.). *Psicologia da Saúde – um novo significado para a prática clínica.* (pp. 73-165). São Paulo: Pioniera Thomson Learning.
- Czeresnia, D. (2003). O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. Em: Czeresnia, D. & Freitas, C. M. de. (Orgs.) *Promoção da Saúde – conceitos, reflexões, tendências.* (pp. 39-53). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Crepaldi, M.A. (1999). Bioética e interdisciplinaridade: direitos de pacientes e acompanhantes na hospitalização. *Paidéia.* V.9 (16): 89-94.
- Crepaldi, M. A.; Rabuske, M. M., & Gabarra, L. M. (2006). Modalidades de atuação do psicólogo em psicologia pediátrica. Em: Crepaldi, M.A.; Linhares, M. B. M., & Perosa, G. B. (Orgs.). *Temas em psicologia pediátrica.* (pp. 13-55). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Foester, V.H. (1996) *La semillas de la Cibernetica: Obras escogidas.* Edición de Marcelo Packmann. 4ª ed. España: Gedisa.
- Gonçalves, J. R. (2007) O profissional de saúde em enfermaria de crianças gravemente enfermas e as implicações do cotidiano do trabalho na sua saúde. Tese doutorado. Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. SC.
- Gonçalves, J. R. & Ramos, F. R. (2008) Sofrimento Institucional: qual é o limite da saúde? In *Modernidad, Tecnología y Síntomas Contemporáneos.* (pp.832-838) Comp. Trimboli, Alberto. Buenos Aires: Asoc. Argentina de Profesionales de Salud Mental- AASM.
- Giannotti, A. (1995). Psicologia nas instituições médicas e hospitalares. Em: Oliveira, M.de F.P. de & Ismael, S.M.C. (Orgs.). *Rumos da psicologia hospitalar em cardiologia.* (pp. 21-37). Campinas-SP: Papirus.
- Grandesso, M.A. (2000). *Sobre a reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica.* São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Minayo, M.S. (2006). *Correntes de pensamento.* Em: O desafio do conhecimento científico: Pesquisa qualitativa em saúde. 9.ed.revista e aprimorada. (pp. 81-142). Cap. 4. São Paulo: Hucitec.
- Morin, E. (1996). Epistemologia da complexidade. Em: Fried Schnitman, D. *Novos Paradigmas de Cultura e Subjetividade.* (pp. 274-289). Cap. 16. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Moré, C.L.O.O.; Crepaldi, M.A.; Queiróz, A.H.de; Wendt, N.C., & Cardoso, V.S. (2004). As representações sociais do psicólogo entre os residentes do programa de saúde da família e a importância da interdisciplinaridade. *Psicologia Hospitalar.* 1 (1): 59-75.
- Moré, C.L.O.O. & Macedo, R.M.S. (2006). *A psicologia na comunidade: uma proposta de intervenção.* São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Najmanovich, D. (2002). El lenguaje de los vínculos. De la independencia absoluta a la autonomía relativa. En: Dabas, E. & Najmanovich, D. (Orgs.). *Redes – El lenguaje de los vínculos – Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil.* (pp. 33-76). Buenos Aires: Paidós.
- Nieweglowski, V. H. & Moré, C. L.O.O. (2008) Comunicação equipe-família em unidade de terapia intensiva pediátrica: impacto no processo de hospitalização. *Estudos de Psicologia. Campinas.* vol.25, no.1, p.111-122.
- Sebastiani, R.W. & Maia, E.M.C. (2005). Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cirúrgica Brasileira.* 20(1): 50-55.
- Silva, R.C.da. (1992). A formação em psicologia para o trabalho na saúde pública. Em: Campos, F.C.B. *Psicologia e saúde: repensando práticas.* (pp.25-40). São Paulo: Hucitec.
- Suárez, M. (1996) *Mediación. Conducción de disputas, comunicación y técnicas.* Buenos Aires: Paidós.
- Tonetto, A.M. & Gomes, W. B. (2007a). A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. *Estudos de Psicologia Campinas.* 24(1): 89-98.
- Pearce, W.B. (1996). Novos modelos e metáforas comunicacionais: A passagem da teoria à prática, do objetivismo ao construcionismo social e da representação à reflexividade. Em: Fried Schnitman, D. *Novos Paradigmas de Cultura e Subjetividade.* (pp. 172-187). Cap. 09. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Vasconcellos, M.J.E.de (2005). *Pensamento sistêmico – o novo paradigma da ciência.* (4ª ed.) Campinas – SP: Papirus.
- Yamamoto, O.H. & Cunha, I.M.F.F.de O. (1998). O psicólogo em hospitais de Natal: uma caracterização preliminar. *Psicologia Reflexão e Crítica.* 11(2): 345-362.

Recebido em 21/02/2007

Aceito em 01/10/2008

## Endereço para correspondência :

Carmen L. O. Ocampo More. Programa de Pós-graduação em Psicologia, Departamento de Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Campus Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, CEP 88040-970, Florianópolis-SC, Brasil. E-mail: cmore@mbox1.ufsc.br